

FAQ zum bundesweit gültigem Rahmenvertrag SSSST nach Schiedsspruch ab 16.03.2021 – Stand 10.10.2022

Es gibt einige Unklarheiten, die juristisch gesehen nicht mit einer sicheren Empfehlung zu beantworten sind. Wir haben dem GKV-SV diese Fragen geschickt. Nach Rücksprache mit den Krankenkassen will der GKV-SV ebenfalls einen Frage-Antwort-Katalog erstellen.

ABRECHNUNG	
<p>Wie verfare ich mit einer Absetzung (mein Fehler)?</p>	<p>Liegt der Fehler bei Ihnen, kann nach der Abrechnung einmalig innerhalb einer Frist von 3 Monaten eine ergänzte/korrigierte Kopie der Originalverordnung mit Begründung der Absetzung und Verweis auf Anlage 3a dieses Vertrages erneut eingereicht werden. Es fällt eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 40 € an.</p> <p>Wichtig für Selbstabrechnende: Verordnungen, die korrigiert erneut eingereicht werden, müssen, ebenso wie bei der Erstabrechnung, elektronisch per DTA (Datenaustausch) an die Abrechnungszentren der Krankenkassen übermittelt werden. Werden sie nicht maschinenlesbar eingereicht, werden die Daten von der Abrechnungsstelle nacherfasst. Die Kosten der Nacherfassung müssen von den Krankenkassen gemäß § 303 Abs. 3 SGB V durch eine pauschale Rechnerkürzung in Rechnung gestellt werden. Hier können bis zu 5 % vom Rechnungsbetrag einbehalten werden.</p>
<p>Wann zahlt die Krankenkasse?</p>	<p>21 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Daten u. Papierbelege); danach können Sie mit Verzugsgebühr mahnen, sofern Sie selbst abrechnen. Bitte rechnen Sie etwa 3 Tage Banklaufzeit ein.</p>
<p>Wie verfare ich mit einer ungerechtfertigten Absetzung und/oder, wenn die Krankenkasse später als 21 Tage zahlt?</p>	<p>Krankenkassen geraten in Verzug, wenn sie nicht (rechtzeitig) zahlen oder unberechtigt absetzen. In der Mahnung können Sie 40 € Verzugsgebühr nach BGB sowie Zinsen geltend machen. Das gilt aber nicht für Abrechnungszentren.</p> <p>Es gilt § 18 (13) des Vertrags: Die Bezahlung der Rechnungen ist 21 Kalendertage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen fällig. Als Zahltag gilt der Tag der Übergabe der Überweisung an die Bank. Fällt das Fristende auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so tritt die Fälligkeit erst am nächstfolgenden Arbeitstag ein.</p> <p>Es gilt § 288 (5) BGB Verzugszinsen und sonstiger Verzugsschaden (5) Der Gläubiger einer Entgeltforderung hat bei Verzug des Schuldners, wenn dieser kein Verbraucher ist, außerdem einen Anspruch auf Zahlung einer Pauschale in Höhe von 40 Euro. Dies gilt auch, wenn es sich bei der Entgeltforderung um eine Abschlagszahlung oder sonstige Ratenzahlung handelt. Die Pauschale nach Satz 1 ist auf einen geschuldeten Schadensersatz anzurechnen, soweit der Schaden in Kosten der Rechtsverfolgung begründet ist.</p>

Was ist der Unterschied zwischen der Verzugspauschale in Höhe von 40 € und einer Bearbeitungsgebühr in Höhe von 40 €?	Die Verzugspauschale erfolgt nach § 288 BGB (siehe vorherige Frage), während die Bearbeitungsgebühr nicht aus einer gesetzlichen, sondern auf einer vertraglichen Grundlage fußt.
Verzugspauschale – an wen stelle ich die Rechnung?	An die Abrechnungsstelle der Krankenkasse, also z.B. an die DAVASO.
Bearbeitungsgebühr: 40 € je Fehler oder je Verordnung?	Je Verordnung.
Die Rechnungs-/Belegnummer auf HMVO: Wie kommt diese auf die Verordnung?	Selbstabrechnende haben dafür ein Programm, ansonsten erledigt das das beauftragte Abrechnungszentrum
Muss auf beide Seiten der Verordnung ein IK eingetragen werden?	Nein. Anlage 3 a p): „Das IK des Leistungserbringers ist auf der Vorderseite der Verordnung nicht zwingend einzutragen.“ Die Angabe des IK ist also lediglich auf der Rückseite verpflichtend . Laut dem FAK des GKV sei es auf einer Blankoformularbedruckung (2 Seiten-Verordnung) erforderlich, die IK-Nummer auch auf der 1. Seite einzutragen, um die Zuordnung zu gewährleisten.
Wie rechne ich einen „großen Bericht“ ab?	Die von verordnenden Ärzt*innen ausgefüllte Sonderanforderung Anhang B zur Anlage 1 für einen Bericht nach Anhang C zur Anlage 1 muss der Abrechnung beigelegt werden – nicht der Bericht (Datenschutz).
Kann ich bei Hausbesuchen an einer Adresse die Hausbesuchspauschale nur einmal oder je Patient*in abrechnen?	Je Patient*in. Der Vertrag sieht nur eine einzige Position für alle Hausbesuchsarten vor. Das macht viele Hausbesuche an einem Ort (z.B. in einem Heim) oder in örtlicher Nähe attraktiv, weiter weg gelegene Hausbesuche leider nicht. Von daher hatten wir diesen Punkt in den Schiedsantrag mit aufgenommen.
Hausbesuch in der Gruppentherapie: Die Pauschale ein- oder zweimal abrechnen?	Einmal. Der Aufwand fällt auch nur einmal an.
Kann ich eine Pauschale für Therapien in Einrichtungen nach § 12 (2) HeilM-RK abrechnen?	Nein. Dazu haben wir eine Position gefordert. Leider weist die 1. Protokollnotiz in der Anlage zur Preisliste auf ein mögliches Ergebnis in den Schiedsverfahren der Ergo- und Physiotherapie hin - hier hat es zu diesem Punkt aber gar keine Entscheidungen gegeben. Von daher gibt es auch in Zukunft keine Vergütung für den Mehraufwand.
Kann im Rahmen einer Therapie in einer Einrichtung nach § 11 (2) ein Hausbesuch abgerechnet werden?	Ein Vergütungsanspruch für eine Therapie in der Einrichtung an sich besteht nicht, es sei denn, dass – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung, hier in der Einrichtung – ein Hausbesuch aufgrund einer medizinischen Indikation verordnet wurde.
Wann muss ich spätestens abrechnen?	Zur Abrechnung haben Sie ab dem Datum der letzten Therapie 9 Monate Zeit (zum Monatsende).

<p>Wie kann z.B. die Teilnahme an Runden Tischen außerhalb der Praxis oder Ähnliches nach dem neuen Vertrag eingetragen und abgerechnet werden?</p>	<p>Gar nicht. Eine solche Position konnte nicht verhandelt werden.</p>
<p>BERATUNG</p>	
<p>Wann kann ich eine Beratung machen, z.B. im Rahmen eines „Runden Tisch“?</p>	<p>Gar nicht! Es konnte keine entsprechende Position verhandelt werden. Wenn Sie die anderen Teilnehmenden zur Therapie der/des Betroffenen in die Praxis einladen, können Sie diese selbstverständlich abrechnen.</p>
<p>Wann kann ich eine telefonische Beratung abrechnen?</p>	<p>Gar nicht – Sie können lediglich aus der Therapie heraus eine telefonische Beratung durchführen.</p> <p>Die Leistungsbeschreibung lautet unter 6: „Die Beratung erfolgt prozessimmanent und ist unverzichtbarer Bestandteil der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. In Ausnahmefällen kann die Beratung auch telefonisch erfolgen.“</p> <p>Prozessimmanent bedeutet „in etwas enthalten“ also in der Therapie. Eine separate Beratungsposition, die nicht die Anwesenheit der Patient*innen erfordert, konnte nicht verhandelt werden.</p>
<p>BERICHT</p>	
<p>Darf ich mein eigenes Briefpapier für meine Berichte verwenden?</p>	<p>Die Nutzung des Vordruckes ist verpflichtend, wenn Sie die Position abrechnen möchten. Sie können entweder Ihr Logo und die Anschrift der verordnenden Arztpraxis in die Vorlage einfügen oder die Vorlage auf Ihrem eigenen Briefpapier einfügen.</p>
<p>Woran erkenne ich, dass ich einen „großen Bericht“ schreiben soll?</p>	<p>Die verordnenden Ärzt*innen müssen den Anhang B zur Anlage 1 ausfüllen – damit sind Sie beauftragt und berechtigt, diese Position zu erbringen und abzurechnen. Diese Beauftragung, also der Anhang B, nicht der Bericht, muss der Abrechnung beigelegt werden.</p>
<p>Kann der „Bericht auf besondere Anforderung“ (Anhang C zu Anlage 1, Pos. Nr. X3303) in der Summe über die (auch wechselnden) Ärztinnen, Ärzte und dem MD einmal je Kalenderjahr angefordert werden oder je einmal pro Ärztin, jedem Arzt und dem MD? FAK des GKV-SV</p>	<p>Sofern die behandelnde Ärztin, der behandelnde Arzt oder Institutionen wie Medizinischer Dienst oder Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) in Ausnahmefällen einen ausführlicheren Bericht benötigen, können sie diesen mit Anhang B zu Anlage 1 einmal je Kalenderjahr anfordern. Sofern zwischen der Anforderung des zweiten Arztes bis zu 12 Wochen vergangen sind und kein Akutereignis (z. B. Schlaganfall) dazwischenliegt, ist dem zweiten Arzt eine Kopie zu übermitteln.</p>
<p>Darf ich im Rahmen einer Verordnung einen großen und</p>	<p>Ja, laut GKV-SV aber nur, wenn diese nicht am gleichen Tag angefordert wurden</p>

einen kleinen Bericht schreiben, wenn beide angefordert wurden?	(Verordnungsdatum und Datum der Anforderung sollten nicht identisch sein.)
Welche Gründe gibt es für einen Arzt, einen großen Bericht nach Anhang C zu Anlage 1 anzufordern?	Über die Anforderung eines ausführlichen Therapieberichts entscheiden die verordnenden Ärzt*innen individuell – dazu gibt es keine Vorgabe.
Wie ist es bei Berichten, die wir z.B. für eine Kommunikationshilfe oder für das AOSF-Verfahren schreiben: Können diese Berichte auch von den Ärzten angefordert werden?	Ja , können sie: Über die Anforderung entscheiden die verordnenden Ärzt*innen dann individuell – dazu gibt es keine Vorgabe und auch keine Verpflichtung.
Wie gehen wir mit externen Berichten um, die von Kindergärten, Schulen, Zentren, etc. in der Vergangenheit angefordert wurden?	Eine Kopie des ohnehin erstellten Arztberichtes (Anhang A zur Anlage 1) senden – bitte zuvor mit den Erziehungsberechtigten sprechen – Datenschutz! Wenn das nicht reicht, können Sie die Kosten der/den Anfordernden in Rechnung stellen . Ggf. sind Verordner*innen bereit, einen Berichtes nach Anhang C zur Anlage 1 anzufordern.
Kann auch die Rentenversicherung einen „großem Bericht“ anfordern?	Nein . Nach Rücksprache mit der/dem Pat.: Machen Sie einen Kostenvoranschlag und bieten Sie einen Bericht analog zu Anhang C zur Anlage 1 an.
Werden die Kosten für Berichte dem Budget zugerechnet?	Ja .
Sind „große Berichte“ bei extrabudgetären Verordnungen auch extrabudgetär?	Dazu haben wir noch keine Auskunft seitens des GKV-SV erhalten.
Darf der Bericht in der Therapiezeit erbracht werden?	Nein. Dieser stellt eine separate abzurechnende Leistung dar.
DIAGNOSTIK	
Wann kann ich eine Diagnostik abrechnen?	<p>Vor der ersten Therapie im Rahmen der ersten Verordnung eines Verordnungsfalles.</p> <p>Wechselt die Patientin oder der Patient innerhalb eines Verordnungsfalles den zugelassenen Leistungserbringer, kann dieser ebenfalls eine Erstdiagnostik durchführen.</p> <p>Je Kalenderjahr können insgesamt bis zu 2 Einheiten Diagnostik (entweder 1x Erstdiagnostik + 1x Bedarfsdiagnostik oder 2 x Bedarfsdiagnostik) erbracht werden. Diese Einschränkung bezieht sich, formaljuristisch betrachtet, auf den Verordnungsfall.</p>
Neuer Arzt, neuer Verordnungsfall: Darf ich dann bei einem Wechsel des ausstellenden Arztes eine neue	<p>Formaljuristisch betrachtet ja – siehe oben.</p> <p>Ob die Durchführung einer erneuten Diagnostik therapeutisch- inhaltlich sinnvoll ist, nur weil dies juristisch gesehen möglich ist, weil ein neuer</p>

<p>Diagnostik abrechnen?</p>	<p>Verordnungsfall eintritt, ist ein ganz anderes Thema: Wie wollen Sie dies begründen?</p> <p>Wenn Sie sich dennoch dafür entscheiden, sollten Sie mit einer Absetzung seitens der Krankenkassen rechnen. Ob eine Klage, die Sie persönlich führen müssten, Erfolg versprechend wäre, können wir nicht genau sagen.</p> <p>Wichtig: Eine Diagnostik eintragen und stattdessen eine (laufende) Therapie weiter durchzuführen, erfüllt den Tatbestand eines schweren Vertragsverstoßes.</p>
<p>Wieviel Zeit muss ich für eine Diagnostik einplanen?</p>	<p>Für die Erstdiagnostik 60 Minuten, für die Bedarfsdiagnostik 30 Minuten mit Patient*innen.</p> <p>Diagnostik und Therapie dürfen nicht am selben Tag durchgeführt werden.</p>
<p>Muss ich für die Diagnostik eine Minutenangabe auf der Verordnung vermerken?</p>	<p>Wir empfehlen den Eintrag: Erstdiagnostik 60 oder Bedarfsdiagnostik 30.</p> <p>Die Angaben bei der Quittierung sind in den Anlage 3a und b festgelegt: "Die Diagnostikleistungen sind mit den Begriffen „Erstdiagnostik“ oder „Bedarfsdiagnostik“ zu dokumentieren und von der oder von dem Versicherten zu bestätigen." Weiter heißt es aber auch: "Pflichtangaben sind Behandlungsdatum, Regelbehandlungszeit und Unterschrift der oder des Versicherten und die Initialen des Leistungserbringers."</p>
<p>Wieviel Vor- und Nachbereitungszeit muss ich für eine Diagnostik einplanen?</p>	<p>Nach Bedarf. Die Zeit für Vor- und Nachbereitung im Rahmen einer Diagnostik wurde, anders als im TSVG verfügt, im Vertrag nicht festgelegt.</p> <p>Bindend ist die Zeit mit den Patient*innen.</p>
<p>Wann werte ich die Diagnostik aus – in meiner Freizeit?</p>	<p>Nach dem Termin. Die Zeit dafür ist eingepreist. Der Vertrag weist, anders als im Gesetz vorgesehen, keine Regelleistungszeit aus.</p> <p>Die entsprechende Definition: „Die Regelleistungszeit beinhaltet neben der Regelbehandlungszeit die notwendigen Zeiten für die Vor-, Nachbereitung und Dokumentation jeder Behandlung mit der oder dem Versicherten.“</p>
<p>Eine Verordnung mit einer Diagnose (Beispiel Stottern) hat die (falsche) Diagnosegruppe SP1. In der nachfolgenden Verordnung ist die (korrekte) Diagnosegruppe RE1: Mache ich eine neue Erstdiagnostik?</p>	<p>Nein, wenn nur eine Diagnosegruppe zutreffend ist und die Therapie fortgeführt wird. Die Verordnung muss geändert werden, wenn diese eine falsche Diagnosegruppe enthält.</p> <p>Ja, wenn beide Diagnosegruppen berechtigt sind und getrennte Behandlungen stattfinden. In einem solchen Fall würden zwei unterschiedliche Verordnungen parallel abgearbeitet werden – in diesem Beispiel eine Redeflussstörung und eine SES. In der Neurologie kommt das öfter vor, wenn die Diagnose Therapie mit SC und SP5 erfordert.</p>
<p>Muss die Diagnosegruppe zum Patienten und seiner Symptomatik passen?</p>	<p>Fällt auf, dass die Diagnose gar nicht zum Störungsbild passt, sollten Sie die Gelegenheit nutzen und Rücksprache mit der/dem verordnenden Ärzt*in halten.</p> <p>Ausnahme: Beim besonderen und langfristigen</p>

	Verordnungsbedarf muss die Kombination aus ärztlicher Diagnose und Diagnosegruppe passen und die Verordnungsmenge in Verbindung mit der Frequenz geprüft werden.
Gibt es Kürzel für die Erstdiagnostik bzw. Bedarfsdiagnostik?	Nein, es gibt keine offiziellen Kürzel.
HAUSBESUCHE	
Was, wenn ich eine*n Mitarbeitende*n in der Praxis verliere - muss ich dann eine*n ausschließlich im Hausbesuch tätige Mitarbeitende*n in die Praxis holen oder gar entlassen?	Nein – denn für die/den nun fehlende*n Praxistherapeut*in ist ein Raum in der Praxis vorhanden. Hintergrund der Frage: „Die Anzahl der Mitarbeitenden, die ausschließlich Hausbesuche machen, darf die Anzahl der in der Praxis Tätigen nicht übersteigen.“ Das Ziel dieser Regelung war die Sicherstellung der Anbindung von ausschließlich im Hausbesuch Tätigen an die zugelassene Praxis.
Wie weise ich den Ausnahmefall nach, wenn ich einen HB > des Radius von 10 km annehme?	Gar nicht – es sollte lediglich eine Verpflichtung zu Hausbesuchen festgehalten werden.
Kann ich einen Hausbesuch ablehnen, wenn sich meine Praxis nicht im 10 km-Radius befindet?	Sollten Sie die nächstgelegene Praxis sein, dürfen Sie den Hausbesuch nicht ablehnen, außer, es gibt einen triftigen Grund, z.B., dass keine Kapazitäten vorhanden sind.
Wenn ein Arzt eine Therapie nach § 11 (2), z.B. in einer Kita für sinnvoll oder wünschenswert erachtet und dies auf der Verordnung vermerkt und wenn er dafür zusätzlich das Feld „Hausbesuch“ ankreuzt, kann der Hausbesuch dann abgerechnet werden?	Wenn es medizinische Gründe für einen Hausbesuch gibt, kann dieser auch in einer Einrichtung (bei Erwachsenen z.B. Tagespflege) gemacht und abgerechnet werden; das schließt Kindertagesstätten ein. Über diesen Weg eine Vergütung für Therapien nach § 11(2) HeilM-RL erreichen zu wollen, wäre vertragswidrig. Hier heißt es: § 11 Ort der Leistungserbringung (1) 1Heilmittel können, sofern nichts Anderes bestimmt ist, - als Behandlung in der Praxis ... - als Behandlung in der häuslichen Umgebung der Patientin oder des Patienten als Hausbesuch durch die Therapeutin oder den Therapeuten gemäß Satz 2 verordnet werden. 2Die Verordnung eines Hausbesuchs ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist. 3Die Behandlung in einer Einrichtung (z. B. tagesstrukturierende Fördereinrichtung) allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs. (2) 1Die Behandlung von Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, gegebenenfalls darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnenen schulischen Ausbildung, ist ausnahmsweise ohne Verordnung eines Hausbesuches außerhalb der Praxis möglich, soweit die Versicherten ganztägig eine auf deren Förderung ausgerichtete Tageseinrichtung besuchen und die Behandlung in dieser Einrichtung stattfindet. 2Dies können auch Regelkindergärten (Kindertagesstätten) oder Regelschulen sein. 3Voraussetzung

	dafür ist, dass sich aus der Verordnung der Heilmittelbehandlung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funktionellen oder strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt. 4Dies soll in der Regel bei einem behördlich festgestellten Förderstatus angenommen werden. 5§ 6 Absatz 2 darf dem nicht entgegenstehen.
Höchstlaufzeit	
Wie lange ist eine Verordnung gültig?	Für alle in 2021 ausgestellte Verordnungen gilt: Eine Verordnung muss innerhalb von 28 Tagen begonnen werden. Bei bis zu 10 verordneten Therapieeinheiten verliert diese 7 Monate nach dem Ausstellungsdatum ihre Gültigkeit, mit bis zu 20 Therapieeinheiten nach 9 Monaten . Abgerechnet werden kann dann im Zeitraum von weiteren 9 Monaten.
Wie lange gelten Verordnungen mit mehr als 20 verordneten Einheiten (bei langfristigem oder besonderen Heilmittelbedarf)?	9 Monate , sofern die Unterbrechungen begründet sind und die Anzahl der Therapieeinheiten rechnerisch in 12 Wochen zu erbringen waren.
Können Kürzel die Gültigkeit einer Verordnung verlängern?	Nein , das geht nicht.
Gibt es eine Obergrenze in der Anzahl der gesetzten Kürzel?	Nein , es gilt die Höchstlaufzeit je Verordnung.
PRAKTIKANT*INNEN	
Dürfen Praktikanten Therapien erbringen und dürfen diese mit den Krankenkassen abgerechnet werden?	Ja, auch Praktikant*innen dürfen im Rahmen ihrer Ausbildung abrechenbare Behandlungen erbringen. Voraussetzung ist neben der Aufsicht und Anwesenheit der behandelnden Therapeut*in auch eine Vor-/Nachbesprechung sowie ein schriftlicher Vertrag mit der Ausbildungsstätte.
Bezahlte Praktika – sind diese möglich?	Wichtig: Es gilt immer die Praktikantenregelung laut Vertrag (siehe nachfolgender Auszug aus dem Vertragstext). Eigenverantwortlich dürfen Leistungen von Praktikant*innen NICHT zu Lasten der GKV erbracht werden. Dies geht erst, NACHDEM eine Berufserlaubnis erteilt wurde - also nach dem Examen oder einem vergleichbaren Abschluss. Will jemand außerhalb der Ausbildung/des Studiums ein Praktikum machen, kann das unter Einhaltung der nachfolgend genannten Vorgaben geschehen. Sie können Praktikant*innen ein Entgelt zukommen lassen, auch wenn Sie Zeit für deren Ausbildung investieren. § 3 (6a) Der Einsatz von Berufsfachschülerinnen und -schülern sowie Studierenden im Rahmen der praktischen Ausbildung

	<p>zur Qualifizierung für einen der in der Anlage 5 genannten Abschlüsse ist unter der Voraussetzung möglich, dass</p> <p>a) der zugelassene Leistungserbringer den Nachweis erbringt, mit der jeweiligen Ausbildungsstätte einen schriftlichen Vertrag hinsichtlich der praktischen Ausbildung von Berufsfach-schülerinnen und -schülern sowie Studierenden im jeweiligen Heilmittelberuf geschlossen zu haben,</p> <p>b) die Berufsfachschülerinnen und -schüler sowie Studierenden unter Anwesenheit und Aufsicht des zugelassenen Leistungserbringers oder einer zur Ausbildung bestimmten und entsprechend fachlich qualifizierten Person tätig werden. Der zugelassene Leistungserbringer trägt hierfür die Verantwortung.</p> <p>c) der Leistungserbringer vor Beginn der Behandlungseinheit gemeinsam mit den Berufsfachschülerinnen und -schülern sowie Studierenden eine Besprechung der Vorgehensweise der Behandlung durchführt hat,</p> <p>d) der Leistungserbringer nach Beendigung der Behandlungseinheit durch die Berufsfachschülerin oder den Berufsfachschüler sowie Studierenden das Ergebnis bewertet hat, und ggf. erforderliche Änderungen in den Therapieplan einfließen lässt.</p> <p>(7) Der zugelassene Leistungserbringer haftet für die von seinen eingesetzten Leistungserbringern und Personen nach Absatz 6a erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen.</p>
<p>TELEMEDIZINISCHE LEISTUNGEN (TML)</p>	
<p>Dürfen Therapeut*innen TML von zu Hause aus durchführen?</p>	<p>Nein. Ort der Leistungserbringung ist die Praxis. Ausnahme: Schwangere; dies gilt aber nur für bereits laufende Therapien.</p>
<p>Wie dokumentiere ich TML auf der Verordnungsrückseite?</p>	<p>Mit dem Kürzel TML im Unterschriftenfeld. Bis zum 31.12.2022 wird auch noch ein V für Videotherapie akzeptiert.</p>
<p>Wie erfolgt die Bestätigung der TML durch Patient*innen?</p>	<p>Diese muss auf elektronischem Weg nach jeder Therapie erfolgen und auf Nachfrage den Kassen vorgelegt werden. Nachträgliche Unterschriften auf der Verordnung sind nicht zulässig.</p>
<p>VERORDNUNG</p>	
<p>Wann ist eine Verordnung gültig?</p>	<p>Mindestens erforderlich sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angaben im Personalfeld (ausgenommen Status und Betriebsstättennummer), - Diagnosegruppe und - Unterschrift (Ärzt*in) und Stempel oder Aufdruck der Adressdaten der Arztpraxis <p>Fehlt eine dieser Angaben, ist die Verordnung ungültig („nur ein Stück Papier“, Zitat GKV-SV) - eine Ergänzung ist vor Behandlungsbeginn erforderlich!</p> <p>Bei falschen/weitern fehlerhaften Angaben ist eine Korrektur vor der Abrechnung möglich.</p>

<p>Darf der Arzt das Ausstellungsdatum ändern/korrigieren, wenn er dies mit Unterschrift und Änderungsdatum versieht? (Aus dem FAK des GKV-SV)</p>	<p>Antwort GKV-SV: Ja. Eine Änderung des Ausstellungsdatums ist möglich, weil der neue Vertrag das nicht ausschließt. Allerdings ist es den Ärzten - zumindest in der Software -in der Regel nicht möglich, das Ausstellungsdatum zu ändern. In dem Fall müsste das dann handschriftlich mit Datum und Arztunterschrift vorgenommen werden.</p> <p><u>Ergänzung LD:</u></p> <p>Eine Rückdatierung einer ausgestellten Verordnung ist dann kritisch zu sehen, sollte diese nur deshalb erfolgen, weil zum Zeitpunkt des Therapiebeginns bzw. der Fortsetzung der Therapie keine gültige Verordnung vorlag.</p> <p>Es besteht die Gefahr einer rechtmäßigen Absetzung, denn in einem solchen Fall wäre die Grundvoraussetzung für einen Therapiebeginn, nämlich die Vorlage einer Verordnung (mit den Mindestangaben Personalien, Diagnosegruppe, Stempel oder Unterschrift der Ärzt*in) nicht erfüllt worden.</p>
<p>Wie nehme ich Änderungen vor?</p>	<p>Neben den Anlagen 3a und 3b zum Vertrag ist auch die Anlage 3 zur HeiM-RL zu beachten.</p> <p>Letztere schreibt eine Korrektur seitens der verordnenden Praxis mit Unterschrift und Datumsangabe vor. Stempel sind entbehrlich.</p> <p>Laut Anlagen 3 a und b zum Vertrag müssen auch Änderungen/Ergänzungen durch Therapeut*innen mit Unterschrift/Datum neben der fehlenden oder falschen Angabe erfolgen.</p>
<p>Korrekturreinreichung bei FAX-Korrektur: reicht da nicht das Datum des Faxes?</p>	<p>Nein. Eine Korrektur seitens der verordnenden Praxis mit Unterschrift und Datumsangabe kann nicht durch ein (möglicherweise falsch eingestelltes) Datum des Faxgerätes ersetzt werden.</p>
<p>Bis wann und zu welchen Konditionen kann ich eine Verordnung korrigieren?</p>	<p>Kostenfrei vor der Abrechnung – bitte dabei unbedingt <u>auch</u> die Anlage 3 HeiM-RL beachten.</p> <p>Laut Anlagen 3 a und b zum Vertrag müssen nicht nur Änderungen oder Ergänzungen der Ärzt*innen, sondern auch solche von Therapeut*innen mit Unterschrift und Datum neben der fehlenden oder falschen Angabe erfolgen.</p> <p>Nach Abrechnung einmalig innerhalb einer Frist von 3 Monaten mit einer Bearbeitungsgebühr (40 €.)</p>
<p>Wie kann ich eine Verordnung korrigieren, die ich erneut zur Abrechnung einreichen will?</p>	<p>Ergänzte/korrigierte Kopie der Originalverordnung mit Begründung der Absetzung und Verweis auf Anlage 3a dieses Vertrages erneut einreichen.</p> <p>Wichtig für Selbstabrechnende: Verordnungen, die korrigiert erneut eingereicht werden, müssen, ebenso wie bei der Erstabrechnung, elektronisch per DTA (Datenaustausch) an die Abrechnungszentren der Krankenkassen übermittelt werden. Werden sie nicht maschinenlesbar eingereicht, werden die Daten von der Abrechnungsstelle nacherfasst. Die Kosten der Nacherfassung müssen von den Krankenkassen gemäß § 303 Abs. 3 SGB V durch eine pauschale Rechnungskürzung in Rechnung gestellt werden. Hier können bis zu 5 % vom Rechnungsbetrag einbehalten werden.</p>

<p>Ist eine Änderung bzw. Korrektur der verordneten Minutenanzahl, z.B. von 30 Min auf 45 Min. möglich oder muss hierfür grundsätzlich eine neue VO ausgestellt werden?</p>	<p>Nein, eine neue Verordnung muss nicht ausgestellt werden. <u>Die Therapiedauer ist Teil des Heilmittels</u>. Diese kann vom Arzt geändert werden (mit Datum und Unterschrift).</p> <p>Im Rahmen der Blankoformularberückung erfolgt keine Korrektur auf der Verordnung, sondern es wird erneut ausgedruckt und an die alte Verordnung angehängt. Eine Unterschrift der verordnenden Ärzt*innen muss vorhanden sein, als Änderungsdatum gilt das Datum der neu ausgestellten Verordnung.</p>
<p>Doppelbehandlung: Was ist das genau, 2 Termine an einem Tag?</p>	<p>Eine Doppelbehandlung ist nur nach Verordnung durch den Arzt möglich (Anlage 3a unter Punkt h: Doppelbehandlungen können als ergänzende Angaben zum Heilmittel verordnet werden)</p> <p>Es handelt sich um zwei zusammenhängende Termine (z.B. 2 x 45 Minuten), also nicht zwei einzelne Therapien an einem Tag.</p> <p>(HeilM-RL § 12 (8) Satz 4: In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel auch als zusammenhängende Behandlung (Doppelbehandlung) verordnet und erbracht werden.)</p>
<p>Wie trage ich Doppelbehandlungen auf der Verordnung ein?</p>	<p>„Bei Doppelbehandlungen soll jede Behandlungseinheit einzeln dokumentiert und bestätigt werden, für eine Doppelbehandlung sind daher 2 Zeilen auszufüllen.“ (Anlage 3a Punkt o)</p>
<p>Was muss ich auf der Rückseite der Verordnung, insbesondere in der Spalte „Maßnahmen“ eintragen?</p>	<p>Pflichtangaben auf der Rückseite sind Behandlungsdatum, Behandlungszeit, Leitungserbringerkürzel und Unterschrift d. Versicherten.</p> <p><u>Beispiele:</u> Erstdiagnostik 60 Bedarfsdiagnostik 30 30, 45 der 60 (Zeit der verordneten Therapie)</p> <p>Bei einem Wechsel der Maßnahme im Rahmen eines Ordnungsblatts z.B. des Heilmittels Sprechtherapie – 45 Min. (Einzeltherapie) Sprechtherapie – 45 Min. – Gruppe oder bei einem Wechsel von HB und Therapie in der Praxis wäre der Unterschied nicht erkennbar, wenn in der Spalte Maßnahme nur die Zeit (45) steht – von daher ggf. um Einzel / Gruppe bzw. HB ergänzen.</p> <p>Bitte keine Wiederholungszeichen nutzen: Dies könnte zur Absetzung führen, da diese vertraglich nicht explizit vorgesehen sind.</p>
<p>Wer darf unterschreiben?</p>	<p>Kinder ab 7 Jahre sowie alle Betreuungspersonen, wenn die Patient*innen nicht selbst dazu in der Lage sind. Unterschriften des Pflegepersonals müssen kenntlich gemacht werden, z.B. Mayer (Pflegekaft).</p>

	Im Streitfall dient es auch Ihrer Sicherheit, dass Sie wissen, wer unterschrieben hat. Unterschriften von Eltern, die anders heißen als ihre Kinder, müssen nicht kenntlich gemacht werden.
Muss ich die Spalte Leistungserbringer wirklich ausfüllen?	Ja. Das soll u.a. sicherstellen, dass Therapeut*innen mit Teilzulassung ausschließlich in dem Bereich arbeiten, für den sie zugelassen sind und schützt regelkonform arbeitende Praxisinhabende. Bitte beachten Sie: Eine Vollzulassung von Praxisinhabenden berechtigt Angestellte mit Teilzulassung <u>nicht</u> zur Abgabe aller Heilmittel!
Muss ich auch als Solo-Praxisinhaberin diese Spalte ausfüllen?	Ja. So sieht es der Vertrag vor.
Wie wird die Spalte Leistungserbringer ausgefüllt?	Mit einer (mindesten) 2-stelligen Buchstabenkombination des jeweiligen Namens.
Unterbrechungskürzel: Ja oder Nein?	Unsere Empfehlung: JA! In den Anlagen 3 zum Vertrag steht: „Fehlen die Kürzel (FKT), führt dies innerhalb der Laufzeit der Verordnung gemäß § 7 Absatz 5 nicht zu einer Absetzung oder zu einer Korrekturanforderung.“ Aber: Die HeilM-RL fordert eine Begründung bei einer Unterbrechung > 14 Tagen – ansonsten wird die Verordnung ungültig. Die Beachtung der HeilM-RL ist in § 125 SGB V festgeschrieben. Die zu beachtende, hierarchische Reihenfolge ist: 1. Gesetz, 2. HeilM-RL, 3. Vertrag. Für den Fall, dass Abrechnungszentren der KK eine Verordnung aufgrund fehlender Unterbrechungskürzel mit Hinweis auf die HeilM-RL absetzen, wäre im Fall einer Klage die Kürzung wohl rechtens. Das Worst-Case-Szenario: Sollte in einem solchen Fall die erste Unterbrechung am Anfang einer Verordnung liegen, läge das rechtliche Ende der Behandlung an eben diesem Termin. Das hätte dann auch Auswirkungen auf den Beginn der Abrechnungsfrist von 9 Monaten. Ggf. würde die ganze Verordnung unbemerkt verjähren; dann wäre der Vergütungsanspruch verloren.
Was mache ich, wenn ich mich beim Datum verschreibe?	Korrekturen oder Ergänzungen von Behandlungsdatum oder -zeit sind laut Anlagen 3 a und b durch erneute Unterschrift der Versicherten mit Angabe des Datums je Behandlungstermin zu bestätigen.
Behandlungsabbruch – muss dieser begründet werden?	Ja.
Soll man auf der Verordnung notieren, wenn man einen Bericht schreibt?	Das ist nicht erforderlich. Ein Bericht kann abgerechnet werden, wenn das Kreuz in dem entsprechenden Feld gesetzt ist. Das dieser erbracht wurde, wird vorausgesetzt.
Muss ich eine stationäre Behandlung auf der Verordnung kenntlich machen?	Nein, das wäre ggf. nur hilfreich, um ungerechtfertigte Absetzungen zu vermeiden, sofern eine Therapie in der Praxis am gleichen Tag stattgefunden hat.

<p>Wie wird eine telefonische Beratung quittiert?</p>	<p>Es gibt keine Beratungsposition. Neu ist, dass in Ausnahmefällen aus der Therapie heraus eine telefonische Beratung möglich ist, in Anwesenheit der/des Versicherten – von daher wird die Stunde, in der die Beratung erfolgt ist, am Ende ganz regulär abgezeichnet.</p>
<p>Muss ich die ärztliche Diagnose prüfen?</p>	<p>Nein: Es reicht, dass eine Diagnose auf der Verordnung ist. Ob diese korrekt ist, muss nicht geprüft werden. Sofern Ihnen auffällt, dass Diagnose und Diagnosegruppe gar nicht zusammenpassen, könnten Sie diesen Umstand für ein Gespräch mit der Arztpraxis nutzen.</p> <p>Ausnahme: Beim besonderen und langfristigen Verordnungsbedarf muss die Kombination aus ärztlicher Diagnose und Diagnosegruppe passen und die Verordnungsmenge in Verbindung mit der Frequenz geprüft werden.</p>
<p>Darf Logopädie 45 oder Therapie 45 auf der Rückseite der Verordnung eingetragen werden?</p>	<p>Logopädie und Therapie sind keine Heilmittel: diese sind Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. Die Angabe des vollständigen Heilmittels ist laut Anlagen 3 auf der Verordnung nicht erforderlich (nur die Zeit). Von daher dürften falsche Angaben nicht schädlich sein, sondern nur überflüssig.</p>
<p>ZULASSUNG</p>	
<p>Praxisgemeinschaft: Bezieht sich die Mindestöffnungszeit auf die einzelne Zulassung oder auf die Praxis insgesamt?</p>	<p>Auf die jeweilige Zulassung – beide Praxispartner*innen sind unabhängig voneinander selbstständig und eigenverantwortlich tätig; sie teilen sich lediglich weitere Räumlichkeiten.</p>
<p>Mit wem kann ich in Zukunft eine Praxisgemeinschaft eingehen?</p>	<p>§ 11 (6) bestimmt: „Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere Leistungen aus den Bereichen Gesundheit, Bildung und Beratung (...) angeboten werden, muss neben einer ungestörten Heilmittelabgabe gewährleistet sein, dass die oder der Versicherte die Leistungen erhält, ohne dafür die für diese weiteren Leistungen separat vorzuhaltenden Räume oder Bereiche betreten zu müssen.“</p> <p>Das bedeutet: Wartebereich und sanitäre Anlagen können nicht nur mit anderen Praxen aus dem Heilmittelbereich geteilt werden, sondern auch z.B. mit Heilpraktiker-, Psychotherapie-, Arzt- oder Coachingpraxen, Musikschulen etc.</p>
<p>ZUZÄHLUNGEN</p>	
<p>Was mache ich, wenn ein*e Patient*in nicht zahlt und ich eine Zuzahlungsforderung an die Krankenkasse stelle?</p>	<p>Bei erfolglosem Einzug der Zuzahlung müssen Zuzahlungsforderungen an die Krankenkassen gemäß § 43c Abs. 1 SGB V seit 2020 per elektronischem Datenaustausch (DTA) eingefordert werden. Hierbei muss dem DTA als</p>

	Urbeleg das Formular "Zuzahlung verweigert" oder das Schreiben an den Versicherten bezüglich der Zuzahlungsforderung (Erinnerung / Mahnung) beigelegt werden. Erfolgt die Zuzahlungsforderung an die Krankenkassen nicht per DTA, halten auch hier die Krankenkassen für die Nacherfassung bis zu 5 % vom Rechnungsbetrag ein.
Wenn das Feld „zuzahlungspflichtig“ angekreuzt ist und der Patient befreit ist – was muss ich tun?	Die/der Patient*in muss spätestens zur letzten Therapie die Befreiung vorlegen, ansonsten muss sie/er zahlen und sich das Geld von der Kasse wiederholen.
Wenn das Feld „zuzahlungsbefreit“ angekreuzt ist, ist dann noch eine Korrektur und/oder eine Kopie vom Befreiungsausweis nötig?	Nein, in keinem Fall ist dies erforderlich; die Regelung sollte die Praxisinhabenden entlasten. „Auf den Einzug der Zuzahlung darf der zugelassene Leistungserbringer nur bei entsprechender Kennzeichnung auf der Verordnung oder bei Vorlage einer gültigen Befreiungsbescheinigung der zuständigen Krankenkasse verzichten. Das Feld „Zuzahlungsfrei“ muss im letzteren Falle nicht korrigiert werden. Bei mehrdeutigen Angaben (z.B. kein Kreuz gesetzt) gilt die oder der Versicherte bis zur Vorlage einer Befreiungsbescheinigung als gebührenpflichtig und die Gültigkeit der Verordnung wird hiervon im Übrigen nicht berührt.“
Wenn vertragsgemäß eine Rechnungsstellung zu Beginn der Therapie erfolgt und auch bezahlt, dann im Verlauf jedoch die Verordnung abgebrochen wird, haben Betroffene zu viel bezahlt. Wie gehe ich vor?	In einem solchen Fall können Sie auf eine Aufforderung seitens betroffener Patient*innen warten. Im Vertrag ist das Vorgehen so formuliert: § 8 (4) Vom zugelassenen Leistungserbringer zu viel einbehaltene Zuzahlungen (z. B. bei Rechnungskürzungen) sind auf Anforderung der oder des Versicherten vom zugelassenen Leistungserbringer an die Versicherte oder den Versicherten zurück zu erstatten; die Erstattung ist auf der von der oder dem Versicherten vorzulegenden Originalquittung über die Zuzahlung nach § 61 Satz 3 SGB V zu vermerken.
VERSCHIEDENES	
Wie genau sind die 8 Wochen der maximalen Praxisschließung pro Kalenderjahr zu verstehen - am Stück?	Das ist nicht geregelt. Der GKV-SV verweist auf § 12 des Vertrags: Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis. In diesem steht: (1) Aus der Einbindung der zugelassenen Leistungserbringer in den Sicherstellungsauftrag der Krankenkassen gemäß § 2 Absatz 2 SGB V ergibt sich, dass eine Heilmittelpraxis maßgeblich für die Heilmittelversorgung der GKV-Versicherten zur Verfügung stehen muss. Die Maßgeblichkeit ist gegeben, wenn die Heilmittelpraxis an mindestens 4 Tagen je Woche und für mindestens 24 Stunden je Woche für anspruchsberechtigte GKV-Versicherte zur Verfügung steht. Dies gilt nicht bei vorübergehenden Praxisschließungen (z. B. aufgrund von Krankheit, Pflege- oder Elternzeiten). Die regional zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V ist über die vorübergehende Praxisschließung zu informieren.
Was passiert, wenn z.B. eine Praxis auf insgesamt mehr	Laut Vertrag müssen Sie eine vorübergehende Schließung an die zuständige ARGE melden.

<p>geschlossene Wochen im Jahr kommt?</p>	<p>Weiteres ist nicht geregelt. Ob Sie diese melden müssen, wenn Sie 8 Wochen überschreiten, ist nicht geregelt.</p> <p>GKV-SV und mitverhandelnde Berufsverbände hielten eine Ausweitung auf die von uns im Schiedsverfahren beantragte Verlängerung <u>ohne Meldung</u> bei den ARGEN für überflüssig und verweisen auf § 12 des Vertrags, der Öffnungszeiten und Schließung regelt.</p>
<p>Was ist der Unterschied zwischen Verlaufsdokumentation und Pat.-akte?</p>	<p>Die Dokumentation ist ein (wesentlicher) Teil der Patientenakte. Aufzuheben ist diese 10 Jahre (§ 630f III BGB). Auf Verlangen muss diese dem Patient*in (in Kopie gegen Kostenerstattung) ausgehändigt werden.</p> <p>3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres muss die Verlaufsdokumentation den Kassen auf Verlangen vorgelegt werden.</p>
<p>Was bedeutet "Qualifikation"?</p>	<p>Staatsexamen, Dipl. Urkunde – alles, was die Voraussetzung für die Zulassung(sfähigkeit) zur Abgabe von Leistungen belegt.</p>